変更等連絡用紙

佐野厚生総合病院　宛

記入日:　　年　　月　　日

患者様情報		
患者 イニシャル	(姓)	(名)
患者ID		
診療科		
保険医氏名		
処方せん 交付年月日		

保険薬局様情報	
保険薬局名	
所在地	
電話番号	
FAX番号	
薬剤師氏名	

疑義照会内容　※チェックを付けて下さい

□ 過不足　□ 用法用量　□ 処方内容　□ 調剤方法　□ その他(　　)

照会内容

回答日	年　　月　　日	回答者	

回答・変更内容

疑義照会不要の取り決めによる変更報告

変更前		変更後
	→	

【注意事項】　・必ずこの用紙で結果を報告して下さい
・記載内容は重要な個人情報ですので、送り先に間違いのないよう送って下さい

【FAX受付時間】　平日　;　8:30～17:00　　第1，3，5土曜日　;　8:30～12:45

佐野厚生総合病院　薬剤部　FAX番号　:　0283-22-5381

様式3（Ver.201704）